



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde FACES
Curso de Enfermagem

EMANUELLY AMARAL NÓBREGA

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL
DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA: UMA REVISÃO DA
LITERATURA**

Trabalho apresentado como requisito da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES) do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), sob orientação do Prof. Dr Eduardo Cyrino de Oliveira Filho.

BRASÍLIA, 2015

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA.

Emanuelly Amaral Nóbrega¹
Eduardo Cyrino de Oliveira Filho²

RESUMO: Partindo-se do princípio que no Brasil e no mundo, o número de doadores de órgãos é insuficiente para atender à demanda crescente dos receptores que necessitam de um transplante, e que o obstáculo que ocorre no processo de captação, distribuição e qualidade dos órgãos para transplante deve-se em parte à inadequada manutenção de potenciais doadores em morte encefálica, o presente estudo objetiva identificar e ressaltar a importância da assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos com diagnóstico de morte encefálica optou-se por um estudo de revisão literária no formato narrativo. A escassez de órgãos é atribuída principalmente aos problemas estruturais do sistema e em grande parte a falta de preparação da equipe em captar e manter precocemente os potenciais órgãos a serem transplantados. Além disso, questões socioculturais, éticas e legais também refletem na falta de disponibilidade de órgãos para transplante.

Palavras-chave: “doação de órgãos”, “enfermagem”, “morte encefálica”.

THE IMPORTANCE OF NURSING ASSISTANCE TO THE POTENTIAL DONOR ORGANS IN BRAIN DEATH: A REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT: Starting from the principle that in Brazil and worldwide, the number of organ donors is insufficient to meet the growing demand of recipients who need a transplant, and the obstacle that occurs in the capture process, distribution and quality of organs for transplant is due in part to inadequate maintenance of potential donors in brain death, this study aimed to identify and highlight the importance of nursing care to the potential organ donor with brain death diagnosis. Organ shortage is mainly attributed to the lack of public information, system and structural problems largely the lack of team preparation to capture early and keep potential organs to be transplanted. However the partner-culture, ethical and legal issues also reflect the lack of organ availability for transplantation.

Keywords: organ donation, nursing, brain death.

¹ Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES) do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB).

² Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES) do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB).

1 INTRODUÇÃO

Em 1991, ocorreu a regulamentação do diagnóstico de Morte Encefálica (ME) pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que definiu a ME como uma situação de perda irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral, mas que mantém, temporária e artificialmente, a função cardiorrespiratória. A morte encefálica é um processo complexo que altera em grande proporção e de maneira brusca a fisiologia e a bioquímica celulares de todos os sistemas orgânicos (GUETTI; MARQUES, 2007).

De acordo com Rech e Rodrigues (2007), esse processo causa mudanças bruscas na pressão arterial sistêmica, na respiração celular, na temperatura do organismo, bem como na regulação de eletrólitos, da coagulação e dos hormônios. Essas modificações podem ser capazes de afetar intensamente todos os órgãos disponíveis para realização de uma doação de órgãos.

Segundo Cinque e Bianchi (2010) a doação de órgãos é definida como um processo que envolve ações e procedimentos que conseguem transformar um potencial doador em um doador efetivo. E nesse processo de doação e recepção o enfermeiro exerce um papel indispensável, não só nos cuidados com as pessoas envolvidas no processo doação/recepção de órgãos, como também nos cuidados com a família dos envolvidos.

O processo doação para transplante envolve vários agentes e ações na assistência ao potencial doador pelos profissionais de enfermagem, visando à manutenção hemodinâmica e viabilidade dos órgãos para transplante e a relação com os familiares que vivenciam a dor da perda e, ainda, tomam a decisão de doar, ou não, os órgãos (ARAUJO; MASSAROLLO, 2014).

Mendes et al., (2012) mostraram que o número de transplantes realizados mundialmente continua crescente. No Brasil, desde 1964, quando foi efetuado o primeiro transplante de rim, já ocorreram mais de 75.600 transplantes de órgãos sólidos. Apesar dos avanços, a falta de notificação de morte encefálica e as falhas na manutenção dos órgãos para a captação ainda representam fatores impeditivos à efetivação da doação. Nesse sentido, ressalta-se a importância da capacitação de profissionais de saúde envolvidos no processo de doação.

De acordo com Moraes e Massarollo (2009), apesar do conceito de morte não ser apenas ao da parada cardiorrespiratória, mas, também, ao de ausência de atividade cerebral e de tronco encefálico, ou seja, a morte encefálica significa morte, ainda existem muitas incertezas entre os profissionais de saúde, pois a crença de que há vida enquanto o coração

bate é muito presente na nossa sociedade. A própria manutenção do potencial doador na unidade de terapia intensiva, com o coração batendo, gera tanto para os profissionais quanto para os familiares a sensação de que o paciente está vivo.

Os profissionais de saúde manifestam sentimentos ambíguos, que se confrontam no cuidado com o potencial doador, pois, ao mesmo tempo em que reconhecem que a morte de uma pessoa possibilitará que outras pessoas continuem vivendo consideram que mesmo o cérebro não funcionando, o coração está batendo e a pessoa deve ser cuidada da mesma maneira, pois é como se ela estivesse viva (ARAUJO; MASSAROLLO, 2014).

Segundo Silva e Paes (2007), o diagnóstico de ME é de extrema importância no contexto dos cuidados intensivos, devido à necessidade de aumentar o número de doações e transplantes de órgãos. Além disso, o atraso ou falha nessa etapa resulta em aumento de investimento desnecessário, diminui a rotatividade dos leitos nos hospitais e aumenta o sofrimento e a angústia dos familiares. Apesar desse consenso bem estabelecido, ainda parece haver dúvidas relativas à realização do protocolo de ME, entre muitos profissionais da saúde.

De acordo com Morato (2009) as falhas no processo de doação de órgãos, dizem respeito, sobretudo, às condições técnicas do trabalho dos profissionais no cuidado de manutenção adequada com esses pacientes. Algumas das causas que inviabilizam o aumento de pacientes doadores é a indisponibilidade médica e a falha dos testes de morte encefálica. Outro aspecto importante refere-se à dificuldade de recursos humanos e materiais que, apesar de enfermagem demonstrar querer fazer o melhor para o paciente, o déficit de pessoas acarreta cansaço, impactando na assistência prestada aos pacientes.

O enfermeiro atuante na terapia intensiva deve estar capacitado para reconhecer as alterações fisiológicas decorrentes da ME, para que junto com a equipe médica consigam estabelecer medidas terapêuticas adequadas. A atuação do profissional de enfermagem nesse processo baseia-se sempre no respeito, na dignidade e nos direitos humanos, visando exercer suas atividades com competência e ética (GUETTI; MARQUES, 2007).

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é identificar e ressaltar, através das pesquisas realizadas e trabalhos publicados, a importância da atuação do enfermeiro nos cuidados prestados ao potencial doador de órgãos com diagnóstico de morte encefálica.

2 METODOLOGIA

Optou-se por um estudo de revisão literária no formato narrativo acerca da importância da assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Segundo Rother (2007), a revisão narrativa é aquela de artigos de publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Essas categorias de artigos têm um papel fundamental para a educação continuada, pois, permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo.

Para a realização dessa revisão os periódicos foram buscados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME) bem como teses e dissertações presentes no Portal de teses e dissertações da USP. Os seguintes descritores do site de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram aplicados nas buscas “doação de órgãos”, “enfermagem”, “morte encefálica”, utilizando o conectivo and entre as palavras, objetivando encontrar artigos publicados nos últimos 10 anos, ou seja, entre 2005 e 2015. Para seleção do material a ser utilizado, foi dada prioridade aos trabalhos publicados no idioma português e que estivessem em texto completo. Na busca os descritores foram utilizados todos em conjunto, totalizando 20 documentos na Biblioteca Virtual em Saúde, sendo que desses documentos 5 trabalhos eram repetidos, sendo assim, 15 foram usados na pesquisa. No Portal de teses e dissertações da USP os descritores foram utilizados todos em conjunto totalizando 91 documentos. Desses 91 trabalhos foi realizada uma seleção, e após leitura dos títulos e resumos, foram excluídos aqueles que não tratavam diretamente sobre morte encefálica e doação de órgãos. Feito isso, foram utilizados na elaboração do estudo, 3 dissertações de mestrado e 1 tese de doutorado, além de referências relacionadas à temática em estudo, listada nos trabalhos consultados, totalizando 23 documentos.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 A morte e o processo de doação de órgão

Segundo Fagioli e Botoni (2009) o conceito de morte na antiguidade era fundamentado em disfunções cardíacas e pulmonares, com o surgimento da reanimação cardíaca e do suporte básico de vida esse conceito foi sendo modificado. Atualmente, com os avanços no

suporte cardiorrespiratório é possível manter as funções vitais por longos períodos, mesmo na ausência de função cerebral. Hoje se sabe que a atividade cerebral é que define a vida e a morte dos indivíduos, sendo o óbito vinculado atualmente a critérios neurológicos.

De acordo com Shemie (2007), o cérebro é o único órgão que não pode ser mantido através de tecnologia ou substituído por transplante. Em todos os casos de dano cerebral grave, o suporte de atendimento avançado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) não substitui nenhuma função do cérebro. Quando ocorre ME em consequência desse agravo, a função cardiorrespiratória é mantida pelo uso de drogas vasoativas e ventilação mecânica.

Os órgãos passíveis de doação por indivíduos vivos são: medula óssea, um dos rins, parte do fígado e parte do pulmão. Outra fonte de captação de órgãos são os doadores cadáveres (pacientes que tiveram morte encefálica diagnosticada) que possibilitam a doação de coração, pulmões, rins, córneas, fígado, pâncreas, ossos, tendões, veias e intestino (MORAES; MASSAROLLO, 2009).

No Brasil, o órgão responsável pela coordenação e organização de transplantes no SUS é o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), criado em 1997. E o órgão administrativo e gerencial é a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). A CNCDO conta com a ajuda de 22 centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos estaduais e oito centrais regionais, cobrindo praticamente todo o território nacional (CINQUE; BIANCHI, 2010).

Mattia et al., (2010) mostraram que o processo de doação de órgãos tem início com a confirmação da morte encefálica, após a equipe identificar o doador ocorre a notificação deste óbito para as Centrais, que por sua vez, encaminham o comunicado para a Organização de Procura de Órgãos (OPO) mais próxima da área do notificador. A OPO deve fazer contato com o hospital onde o doador se encontra internado para obter informações importantes sobre o mesmo, como: idade, condições hemodinâmicas, causa do óbito e horário do diagnóstico da ME. Após a coleta dos dados, a OPO informa a central de transplante se o doador é efetivo, realizam a seleção dos receptores, o teste de compatibilidade, em seguida a equipe de transplantes é informada sobre a possibilidade de um possível transplante.

No Brasil, a Lei de nº 9.434 de 04 de fevereiro de 1997 dispunha sobre a remoção de órgãos e tecidos do corpo humano para fins de transplantes, e incluía a doação presumida, ou seja, para o indivíduo ser doador é preciso que na sua carteira de identidade civil ou na carteira nacional de habilitação contenha um registro autorizando a doação de seus órgãos em caso de óbito (MORAES; MASSAROLLO, 2009).

Em 23 de março de 2001, a Lei nº 9.434 é substituída pela Lei nº 10.211. Esta nova Lei decreta que o registro de doador que constava na carteira de identidade civil e na carteira

nacional de habilitação perdeu a validade, e, desse modo, a doação de órgãos e tecidos no Brasil atualmente depende do consentimento do doador, informado verbalmente. Em caso de óbito, é necessária a autorização da família, que é decisiva. Se não houver a aprovação da família, a doação não acontece (CINQUE; BIANCHI, 2010).

De acordo com Moraes e Massarollo (2009), a família recebe a notícia sobre o diagnóstico de morte encefálica pelo médico responsável daquele paciente no hospital notificador, e assim a CNCDO encaminhará um profissional de saúde responsável para realizar a entrevista sobre a doação de órgãos. A abordagem da família pode ser feita por um médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, desde que esse profissional esteja capacitado, se sinta seguro em propor a doação e não faça parte da equipe que atendeu o paciente durante sua internação no hospital. É o momento mais delicado do processo de doação de órgãos, é neste momento que a família será solicitada a doar os órgãos do seu ente querido.

Segundo Araujo e Massarollo (2014), o encontro deste profissional com a família do potencial doador deve acontecer num ambiente calmo, com acomodações adequadas a todos os familiares e amigos que queiram participar. Antes de se iniciar a entrevista é necessário certificar-se de que todos os membros da família entendem que seu parente está morto. No início da entrevista, é apropriado permitir que as pessoas falem um pouco sobre o seu familiar e sobre o ocorrido, para que se sintam acolhidas pelo entrevistador. Um entrevistador não pode demonstrar pressa, tem de seguir o ritmo de assimilação de cada familiar e não interrompê-los quando estão falando. Perguntar o que o paciente pensava sobre doação de órgãos, se era ou não doador, é uma boa maneira de introduzir o assunto.

Mattia et al., (2010) mostraram que o desentendimento dos familiares diante da situação do paciente (doador cadáver) em morte encefálica é um dos fatores que interfere no processo de doação de órgãos, pois a principal razão para a não captação de órgãos de potenciais doadores é a recusa da família, devido o não entendimento dos mesmos sobre o assunto. O fato de o paciente apresentar movimentos respiratórios, cardíacos e temperatura corpórea, faz a família não reconhecer o paciente como um morto e acreditam em uma possível reversão do quadro.

Para Cinque e Bianchi (2010), a recusa familiar em doar os órgãos de seu ente querido está relacionada à falta de informação sobre a doação e transplante, a não aceitação dos familiares sobre o diagnóstico de morte encefálica, ao receio da mutilação do corpo, ao medo da comercialização de órgãos, crenças religiosas e valores culturais. Nos casos onde ocorre a recusa da doação de órgãos pelo familiar, o processo é encerrado, podendo desconectar os aparelhos de manutenção hemodinâmica do paciente em ME.

De acordo com Corrêa (2010), em 2007 o Conselho Federal de Medicina editou a esclarecedora Resolução nº 1.826/07 estabelecendo que é legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em pacientes não doadores de órgãos, que o cumprimento da decisão mencionada deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário e que a data e hora registradas na declaração de óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica.

3.2 Participação do enfermeiro no processo de doação de órgãos

Segundo Guetti e Marques (2008), os enfermeiros são membros essenciais nas equipes que atuam no processo de doação de órgãos, onde o objetivo primordial é prestar cuidado de qualidade ao paciente e familiares; assegurando sempre o bem-estar. Na terapia intensiva, esses devem conhecer as alterações fisiológicas decorrentes da morte encefálica, para que possam proporcionar uma assistência adequada ao potencial doador com o objetivo de viabilizar seus órgãos para uma possível doação.

Mendes et al., (2012) mostraram que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) preconiza ao enfermeiro responsável pelo processo de doação de órgãos o planejamento, a execução, a coordenação, a supervisão e a avaliação dos procedimentos de enfermagem prestados ao doador, bem como planejar e implementar ações que visem a otimização de doação e captação de órgãos e tecidos para fins de transplante.

Com base em todas estas etapas e de acordo com a resolução COFEN nº 292/2004, que normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplantes de órgãos e tecidos, ficam explícitas as atribuições do Enfermeiro em relação ao doador cadáver: ser responsável por todos os procedimentos da enfermagem envolvidos no processo de doação e captação de órgãos, bem como, notificar a presença de um possível doador, de modo a garantir que o responsável legal deste, possa discutir com os outros familiares a respeito da doação e durante esse processo o enfermeiro deve explicar o diagnóstico da morte encefálica, as informações pertinentes ao procedimento e solicitar uma autorização escrita, para a doação, com o consentimento livre e esclarecido do responsável legal.

É importante salientar que a qualquer momento este processo pode ser interrompido, caso ocorra parada cardíaca do doador cadáver ou desistência da família, o profissional responsável deverá registrar e arquivar todo o processo em prontuário (TEIXEIRA; GONÇALVES; SILVA, 2012).

Em relação à atuação do enfermeiro na prática profissional brasileira, destacam-se o enfermeiro clínico e o coordenador de transplante. O primeiro é responsável por promover os

cuidados de enfermagem a candidatos receptores, aos doadores de órgãos vivos e falecidos, e seus familiares. O enfermeiro coordenador de transplante tem a função de gerenciar o programa de transplante, coordenando as diversas etapas que compõem o período pré-operatório e o pós-operatório (ARAUJO; MASSAROLLO, 2014).

Cinque e Bianchi (2010) enfatizam que, a equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao potencial doador. O enfermeiro que trabalha na Central de Captação e Doação de Órgãos deve atuar junto ao familiar do doador, entrevistando-o e dando todas as informações necessárias, antes de obter o seu consentimento formal de doação, considerando a opinião, ciência dos fatos, liberdade e consciência do familiar doador; respeitando a dor da perda do ente querido no instante em que tomar a decisão.

Mattia et al., (2010) analisaram que o enfermeiro desempenha papel crucial no estabelecimento de um programa de transplante de sucesso; que é membro indispensável na equipe e tem o objetivo de prestar cuidados de qualidade a pacientes e familiares. Que essa área de atuação requer abrangência de conhecimento técnico e científico, e as competências clínicas necessárias vão além daquelas obtidas durante a graduação em enfermagem. Elas incluem avaliação e gestão do doador falecido ou do doador vivo, desenvolvimento de competências para atender às necessidades de pacientes, familiares, além do preparo direcionado para a assistência de enfermagem oferecida ao paciente.

Bouso (2008) enfatiza a importância do treinamento do enfermeiro, e da sua equipe, para conduzir a entrevista para doação de órgãos, saber lidar com a reação dos familiares e amigos, pois devido o momento de perda, os familiares poderão apresentar comportamentos inesperados como: desespero, apatia e sentimentos de negação. O autor ainda reforça que é importante que o profissional demonstre compreensão e amparo, aos familiares no momento de luto, oferecendo ajuda, caso seja necessário, sempre permitindo que os familiares expressem seus sentimentos.

No que se refere à doação de órgãos e tecidos para transplante, é importante ressaltar que este processo está diretamente relacionado aos valores morais, éticos e religiosos das pessoas, pois faz com que elas reflitam sobre esse ato tão nobre, que pode salvar a vida de várias pessoas que necessitam de um transplante, e também na relação com o corpo após a morte (MENDES et al., 2012).

De acordo com Fagioli e Botoni (2009) o bom relacionamento entre profissionais da saúde e familiares é algo fundamental para que se alcance êxito no processo de doação de órgãos. Cabe ao enfermeiro manter uma escuta atenta para com os familiares, proporcionar relações mais humanas, baseadas no princípio da bioética, procurar desenvolver uma atenção mais cuidadosa, por mais breve que seja o contato.

Segundo Moraes e Massarollo (2009), além dos motivos de recusa da doação por familiares, outro fator que interfere no processo de doação é o desconhecimento de profissionais de saúde sobre esse processo, além do esclarecimento da população, são necessários programas de educação permanente aos profissionais.

Apesar de ser obrigatória a notificação ao órgão responsável pela doação/captação de órgãos de paciente em morte encefálica, diversos hospitais, principalmente os privados, não fazem a notificação aos centros de captação de órgãos e tecidos. Tornando-se um dos obstáculos para a melhoria na captação de órgãos (ARAUJO; MASSAROLLO, 2014).

Mattia et al., (2010) mostraram que outro fator que interfere no processo de doação de órgãos é a dificuldade em aceitar a morte encefálica do paciente, que ocorre tanto para os familiares, quanto para os profissionais que atuam nas unidades de terapia intensiva. Existe uma resistência dos profissionais em iniciar o protocolo de morte encefálica, pela dificuldade em lidar com esses casos, resultando em uma assistência não adequada e não efetivação de uma doação.

3.3 Papel do enfermeiro na assistência ao potencial doador

O potencial doador de órgãos é o paciente com diagnóstico de ME, no qual tenham sido descartadas as contraindicações clínicas que representam riscos aos receptores dos órgãos. Após a detecção do paciente em ME é preciso realizar a manutenção do potencial doador com o objetivo de minimizar a perfusão tecidual, assegurando a viabilidade dos órgãos. Nessa etapa, é recomendado o monitoramento cardíaco contínuo; da saturação de oxigênio; da pressão arterial; da pressão venosa central; do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido base; do débito urinário e da temperatura corporal (PESTANA et al., 2013).

Segundo Guetti e Marques (2008), os critérios que contra indicam a doação de órgãos e tecidos nesses pacientes são: sepse não tratada, tuberculose em atividade, uso de drogas ilícitas por via venosa e histórico de malignidade.

Cicolo e Roza (2010) mostraram que, constitui uma das causas mais frequentes desse agravo o traumatismo crânioencefálico (TCE) em decorrência de acidentes automobilísticos ou agressões; hemorragias subaracnóideas vinculadas à ruptura de aneurisma; lesão difusa cerebral ocasionada por parada cardiorrespiratória revertida; grandes lesões isquêmicas. As meningoencefalites, encefalites fulminantes e a falência hepática aguda ocasionada principalmente por hepatite viral ou tóxica também podem causar a ME, mas em raros casos.

De acordo com Morato (2009) o diagnóstico de ME é feito através da análise da história médica, dos achados ao exame físico e do eventual recurso a exames complementares

(obrigatórios pela legislação brasileira). Uma vez estabelecida à causa do coma, que possa ser registrada e que tenha caráter de irreversibilidade deverão ser realizados exames clínicos para detectar a ausência de função encefálica.

O início do exame clínico deverá ser feito quando o paciente em coma estiver hemodinamicamente estável. Com isso, todos os recursos de terapia disponíveis devem ser utilizados na busca dessa estabilidade, devendo ser exclusas as situações de hipotensão grave, hipotermia, alterações metabólicas e uso de sedativos ou bloqueadores da junção neuromuscular, que podem alterar a avaliação do exame neurológico, comprometendo, assim, o diagnóstico (PESTANA et al., 2013).

Os requisitos para o diagnóstico de ME são: paciente com pontuação igual a três na Escala de Coma de Glasgow, ou seja, sem abertura ocular, sem qualquer resposta motora e sem resposta verbal; causa conhecida de coma; ausência de hipotermia e de reflexos do tronco encefálico; não utilização de drogas depressoras do sistema nervoso central e apneia irreversível (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010).

Rech e Rodrigues (2007) mostraram que além dos dois exames clínicos padronizados em todo território nacional, é compulsório também a realização de um exame complementar que vai caracterizar de forma inequívoca: a ausência de atividade eletrofisiológica; ausência de atividade metabólica; ausência de fluxo sanguíneo cerebral.

O exame clínico deverá ser repetido, no mínimo, em duas ocasiões, preferencialmente por médicos diferentes, sendo que a primeira poderá ser realizada por um médico intensivista e a segunda avaliação preferencialmente por um neurologista, em intervalos de tempo que não devem ultrapassar seis horas (SALLUM; ROSSATO; SILVA, 2011).

A manutenção do potencial doador inclui, desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, o pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, detecção precoce e manuseio imediato das principais complicações decorrentes da ME, para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis, uma vez que um único potencial doador em boas condições poderá beneficiar através do transplante, mais de dez pacientes. O enfermeiro deve estar capacitado a identificar tais alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipe do setor, possa instituir medidas terapêuticas adequadas (FREIRE et al., 2012).

De acordo com Morato (2009) entre essas alterações se encontram as cardiovasculares que são ocasionadas principalmente pelo declínio de oxigênio disponível, elevação do metabolismo anaeróbico, acúmulo de lactato e oxigênio e diminuição de glicogênio.

A descarga autonômica ocasionada pela ME leva a liberação de catecolaminas que por sua vez produzem importante vasoconstrição, causando elevação da pressão arterial,

taquicardia e acréscimo de oxigênio disponível no miocárdio podendo acarretar isquemia, necrose e arritmias cardíacas importantes (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012).

Após esse evento, começa a ocorrer um período de intensa vasodilatação com hipotensão arterial grave e hipovolemia relativa, sendo essa agravada ainda mais pelas perdas sanguíneas do trauma, tratamento osmótico da pressão intracraniana (PIC), diabetes insipidus que eleva a diurese em decorrência da hiperglicemia. É importante mencionar que a vasodilatação e a hipotensão levam a um grande colapso cardiovascular, interferindo diretamente na pré e pós carga ventricular, bem como na perfusão coronariana, comprometendo dessa maneira o funcionamento cardíaco (FAGIOLLI; BOTONI, 2009).

Freire et al., (2012) mostraram que a ME interrompe o eixo hipotálamo – hipofisário resultando em colapso gradual desse sistema, resultando em hipotireoidismo e insuficiência adrenal comprometendo assim as concentrações hormonais principalmente do antidiurético (ADH). A deficiência desse hormônio gera a Diabetes insipidus em mais de 80% dos pacientes acometidos por ME. Essa desordem pode ser caracterizada pela elevação da diurese hiposmolar, seguida de hipovolemia, hipernatremia e hiperosmolaridade sérica.

De acordo com Fagiolli e Botoni (2009), logo após a constatação da ME ocorrerá também diminuição nos níveis T3 e consequentemente redução da contratilidade do miocárdio, mudança de metabolismo aeróbico para anaeróbico e diminuição de fosfato de alta energia. Isso contribui de forma importante para a acidose metabólica e redução do oxigênio tecidual. A produção de insulina também é afetada, elevando a glicose sanguínea e consequentemente causando hiperglicemia. Aliado a isso percebe-se um acréscimo da resistência periférica a insulina.

Segundo D’Imperio (2007) o controle do aumento da glicemia sanguínea deve ser feito pela dosagem seriada de glicose em laboratório quando possível, se caso houver algum empecilho para realização do exame é imprescindível que a equipe realize a glicemia capilar com intervalos mínimos de 4 horas entre uma dosagem e outra. Se houver alteração de valores os intervalos devem ser minimizados. Aconselha-se realizar controle glicêmico por meio de administração de insulina por infusão contínua.

As alterações que ocorrem após a ME levam também a uma desregulação hipotalâmica significante comprometendo dessa maneira a estabilidade da temperatura corporal. Associada a vasodilatação extrema, administração de grandes volumes de fluídos não aquecidos e também da incapacidade do organismo de tremer para gerar calor a temperatura corporal passa a cair de forma muito rápida causando hipotermia severa. Essa hipotermia leva a várias outras complicações, como disfunções cardíacas, disritmias,

distúrbios de coagulação, alterações na curva de dissociação da hemoglobina e diurese induzida pelo frio (GUETTI; MARQUES, 2007).

Lago et al., (2007) mostraram que é importante a prevenção da hipotermia e administração de nutrientes, para isso recomenda-se a administração de fluidos aquecidos, uso constante de cobertores e manutenção da dieta por sonda enteral. No aquecimento do paciente em ME emprega-se soluções aquecidas (37°-38°C) em lavagens gástricas e vesicais e também para a administração endovenosa de fluidos, bem como o uso de cobertores térmicos e nebulização aquecida de modo a evitar a hipotermia do organismo. Esses cuidados ajudam a melhorar a função dos órgãos a serem doados e são de responsabilidade exclusiva da enfermagem.

De acordo com D'Imperio (2007) a observação de algumas alterações como: coloração da diurese (hematúria), gengivorragias ou sangramentos constantes em locais de punções de acessos podem indicar distúrbios de coagulação, a equipe que presta o cuidado deverá ficar atenta a essas manifestações. É importante o uso de equipamentos de uso individual (EPI) e de técnica asséptica para alguns procedimentos visando assegurar a prevenção de infecções. Os distúrbios de coagulação devem ser considerados e tratados em todos os pacientes em ME, para isso é indispensável o uso de plaquetas, plasma fresco ou crioprecipitado.

Freire et al., (2012) mostraram que a assistência de enfermagem deve atender às necessidades fisiológicas básicas do potencial doador e, dentre esses cuidados estão: manutenção de cabeceira elevada a 30°, mudança de decúbito, aspiração de secreções pulmonares e cuidados com os cateteres. A Pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e oximetria de pulso devem ser mensuradas com bastante rigor. Avaliar regime de ventilação mecânica (adequar à saturação de O²) também é de extrema importância na manutenção do potencial doador.

Segundo Araujo e Massarollo (2014) dentre as principais causas da não efetivação da doação estão: a não autorização familiar, a ME não confirmada e a contraindicação médica. Mesmo sabendo que os critérios de morte encefálica estão bem definidos, ainda há médicos que consideram essa situação diferente de morte. A inexperiência, desconhecimento e resistência de alguns profissionais diante essa situação se tornam empecilhos para uma possível doação.

Moraes et al., (2014) mostraram que diante desse fato, torna-se necessário investir em educação continuada e cursos de especialização direcionada aos profissionais de saúde e desconstruir suas incertezas em relação ao diagnóstico de morte encefálica. Essa educação continuada tem como objetivo aumentar as notificações desses casos, melhorar a assistência

prestada a pacientes com diagnóstico de morte encefálica, visando elevar o número de doações e reduzir o sofrimento de pessoas em fila de espera por um órgão.

Em um trabalho de Silva e Paes (2007), constatou-se que dos 100 graduandos do curso de enfermagem entrevistados, que se encontravam entre o primeiro e o nono semestre, 92% dos acadêmicos desconheciam a existência da Organização de Procura de órgãos. Verificou-se também que 63% dos entrevistados responderam não terem aula sobre o tema doação de órgãos. Quando questionados sobre morte encefálica, 64% definiram incorretamente o conceito de morte encefálica, 19% definiram de modo incompleto e 17% definiram corretamente o conceito.

Podemos perceber que a ME não tem o mesmo valor dado a outros temas dentro da enfermagem. Talvez por conta da dificuldade dos profissionais em lidar com a morte. Por isso a importância que esse assunto tenha mais espaço e que seja mais bem discutido durante os cursos universitários e no preparatório dos futuros profissionais. Na assistência prestada aos pacientes em ME, o enfermeiro tem um papel de destaque, não apenas como o coordenador e supervisor dos procedimentos e intervenções prestados a esses pacientes, mas também na abordagem às famílias para uma possível doação de órgãos e na humanização dessa assistência (SALLUM; ROSSATO; SILVA, 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu o entendimento quanto à importância dos cuidados de enfermagem prestados ao potencial doador de órgãos com diagnóstico de morte encefálica. É essencial que o enfermeiro tenha conhecimentos teóricos e científicos para que os órgãos a serem doados estejam com sua funcionalidade preservada e estados adequados à ação do transplante. Esses conhecimentos possibilitam que o profissional exerça positivamente seu papel nesse processo, e consiga êxito nas doações. É imprescindível que este profissional esteja sempre atualizado através de cursos de especializações, e formação continuada, visto que, o cenário das pesquisas e dos estudos é muito dinâmico e está em constante atualização.

A enfermagem muitas vezes, por falta de preparação e conhecimento, prioriza o cuidado aos pacientes vivos, tendendo a ofertar menos atenção ao paciente que se encontra em ME. Essa falta de cuidados necessários pode vir a inviabilizar um potencial doador. É preciso entender como profissionais da saúde que temos o dever de zelar pela melhoria da saúde de todos. Tendo isso em vista, manter um potencial doador de órgãos apto pode ajudar a realizar mais de dez transplantes. Isso representa melhoria de vida para muita gente que precisa de uma doação.

A doação de órgãos é um assunto polêmico, complexo, e pouco abordado na sociedade e no meio acadêmico. A maioria das pessoas só tem acesso a uma informação detalhada e suficiente sobre esse assunto, no momento da perda de um ente querido, em que são abordados sobre o processo de doação de órgãos, que ocorre durante a realização da entrevista familiar para o consentimento, um momento muito difícil para a família, onde a recusa é muito frequente.

Torna-se dessa forma evidente a necessidade de realização de campanhas educativas, que visem o esclarecimento dos muitos aspectos envolvidos no processo de doação, bem como o significado do termo morte encefálica. É necessário incentivar as famílias a colocarem esse assunto na pauta das discussões familiares, afim de que se esclareçam as opiniões referentes ao destino de seus órgãos após a sua morte. Visto que, a maioria da população é favorável à doação de órgãos, porém nunca afirma essa vontade a família.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ARAUJO, M. N.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 215-220, Jun. 2014.

BOUSSO, R. S. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 45-54, Mar. 2008.

CICOLO, E. A.; ROZA, B. A; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 274-278, Abr. 2010.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E. R. F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 996-1002, dez. 2010.

Conselho Federal de Enfermagem- Resolução COFEN 292/2004. **Disponível em:** <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-29220044328.html> **Acesso em:** 23 de setembro de 2015.

CORRÊA, Y. N. Morte encefálica: Cinquenta anos além do coma profundo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v 10, n. 2, p 5355-5356, dez. 2010.

FAGIOLLI, F. G. D.; BOTONI, F. A. Tratamento do potencial doador de múltiplos órgãos. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 242-247, set. 2009.

FREIRE, S. G et al. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 761-766, Dez. 2012.

GUETTI, N. R.; MARQUES, I. R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 91-97, Fev. 2008.

D'IMPERIO, F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 74-84, jan/mar. 2007.

LAGO, P.M et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 83, n. 2, p. 133-140, mar/abr. 2007.

MATTIA et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 66-74, 2010.

MENDES, K. D. S et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 945-953, Dec. 2012.

MORAES, E. L. et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 226-233, mar./abr. 2014.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 131-135, mar./abr. 2009.

MORATO, E. G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n 3, p. 227-236, Set. 2009.

PESTANA, A. L et al. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 258-264, Fev. 2013.

PESTANA, A. L.; ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 734-740, Dez. 2012.

RECH, T. H.; RODRIGUES, E. M. F. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 197-204, Jun. 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, Jun. 2007.

SALLUM, A. M. C.; ROSSATO, L. M.; SILVA, SILVIA, S.F. Morte encefálica em criança: subsídios para a prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 600-604, Jun. 2011.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 382-387, Jun. 2005.

SHEMIE, S. D. Parada cerebral, parada cardíaca e incertezas na definição de morte. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 83, n. 2, p. 102-104, Abr. 2007.

SILVA, A. M.; PAES, M. J. S. A preparação o graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.549-554, Out/Dez. 2007.

TEIXEIRA, R. K. C.; GONCALVES, T. B.; SILVA, J. A. C. Intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica?. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 258-262, Set. 2012.